



DIRECCION DE APOORTE OBRERO PATRONAL

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

FORMULARIO DE DECLARACION JURADA PARA ACTUALIZACION DE DATOS E INSCRIPCION DEL BENEFICIARIO

A- DATOS PERSONALES
NOMBRES
APELLIDOS
C.I.Nº
OTRO DOCUMENTO ID:
ESPECIFICAR:
SEGURO IPS Nº
IDE. ASEGURADO
SEXO MASCULINO FEMENINO NACIONALIDAD
FECHA NACIMIENTO LUGAR NACIMIENTO
ESTADO CIVIL SOLTERA/O CASADA/O VIUDA/O DIVORCIADA/O SEPARADA/O CONCUBINA/O
DIRECCION ACTUAL CALLE PRINCIPAL Nº CALLE TRANSVERSAL
BARRIO CIUDAD/DISTRITO: TELEFONO LABORAL
TELEFONO PARTICULAR CELULAR CORREO ELECTRONICO

B- DATOS DEL O LOS BENEFICIARIOS
TIPO DE PARENTESCO
NOMBRES Y APELLIDOS
C.I. Nº
FECHA DE NACIMIENTO
PADRE
MADRE
ESPOSA/O
CONCUBINA/O
HIJA/O MAYOR DISCAPACITADO

C- DATOS DE LOS HIJOS BENEFICIARIOS
Nº
NOMBRES Y APELLIDOS
C.I. Nº
SEXO
FECHA DE NACIMIENTO
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Por el presente documento, declaro bajo Fe de juramento que toda la información suministrada más arriba, se ajustan a la verdad, es correcta y completa. En caso de que mi beneficiario sea ascendiente, declaro que se encuentra bajo mi protección, por lo que asumo y tengo conocimiento de las consecuencias legales que implican la presente Declaración. (Art. 243 Código Penal Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).

Por el Presente documento, me comprometo a requerimiento de la Dirección de Aporte Obrero Patronal y/o de la Unidad de Auditoria Interna del Instituto de Previsión Social a presentar toda la documentación original necesaria para demostrar la veracidad y legalidad de los datos aquí declarados.

Por el presente documento, autorizo suficientemente al Instituto de Previsión Social a solicitar el descuento sobre mi salario percibido, de los costos que por motivo de salud, la institución haya incurrido con mis beneficiarios, que derive de la declaración errónea o fraudulenta de los datos suscriptos en este documento.

FIRMA ASEGURADO COTIZANTE :

Declaro bajo Fe de juramento, que el Asegurado Cotizante; firmó ésta declaración jurada ante mi, con los datos completos, teniendo a la vista su cédula de identidad original, por lo que asumo y tengo conocimiento de las consecuencias legales que implican la falsa certificación de la firma del documento.

(44) FECHA DE INSCRIPCION día mes Año

Firma y Sello del Funcionario



DIRECCION DE APORTE OBRERO PATRONAL

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL